

# 訪問歯科無料検診及び診療申込書

お申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ( 様方)		駐車場 ( 有・無 ) ( )

電話番号 TEL (FAX あり・なし) 携帯

どうなさいましたか？

<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 歯が揺れている	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る
<input type="checkbox"/> 詰め物が取れた	<input type="checkbox"/> 歯がしみる	<input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れた
<input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない	<input type="checkbox"/> 入れ歯が落ちる	<input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた
<input type="checkbox"/> □腔ケア希望	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

全身疾患 脳血管疾患 糖尿病 外傷・骨折 肝臓疾患 パーキンソン病  
認知症 呼吸器疾患 心臓病 関節疾患 関節疾患  
感染症 ( ) アレルギー ( )  
その他 ( )

介護保険 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2) 無 申請中

担当ケアマネジャー事業所	担当者名	電話
かかりつけ医療機関名	主治医名	電話

希望日時	月曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	※ご都合の良いところに○をお願いします。
AM						
PM						

お支払方法について ( 振替 ・ 振込 ) ※口座振替を推奨しております。

日程の調整・その他の電話連絡先 (ご本人様以外の場合)

氏名	続柄 ( )	TEL (携帯)

訪問歯科を知った経緯  
HPを見て ケアマネからのご紹介 その他 ( )

FAX・お問合せの電話はこちら

0120-118-414

いい歯 良いよ



高円寺  
おやなぎ歯科  
Kouenji Oyanagi Dental Clinic  
〒166-0003 東京都杉並区高円寺南3-22-15  
ウエストリバー高円寺1階